

**Dr. med. Christine Christ-Thilo**

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin / Allergologie  
Kinderlungenheilkunde  
12557 Berlin, Wendenschloßstraße 324a  
Tel: 6514365 / FAX: 65474120  
[christ-thilo@kinderallergie.com](mailto:christ-thilo@kinderallergie.com)



Ausstellungsdatum

Name, Geburtsdatum

**E-Mail-Adresse:**

**Fragebogen zur Anamnese allergischer Erkrankungen**

**Welche Beschwerden sind der Grund für den Arztbesuch?**

---

---

---

**Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen?**

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> spastische Bronchitis als Kind            | seit: |
| <input type="checkbox"/> Krupphusten als Kind                      | seit: |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf, Säuglingsekzem               | seit: |
| <input type="checkbox"/> Asthma, Atemnot, erschwertes Atmen        | seit: |
| <input type="checkbox"/> Husten, Bronchitis, Reizhusten            | seit: |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen, häufiger Schnupfen          | seit: |
| <input type="checkbox"/> Niesanfälle (mehr als 5x nacheinander)    | seit: |
| <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung, Stockschnupfen    | seit: |
| <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen-, Stirnhöhlenentzündung      | seit: |
| <input type="checkbox"/> Augentränen, Augenjucken                  | seit: |
| <input type="checkbox"/> Schwellung von Augenpartien, Augenlidern  | seit: |
| <input type="checkbox"/> Hautquaddeln, Urticaria, Nesselausschlag  | seit: |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem           | seit: |
| <input type="checkbox"/> Kontaktekzem (Schmuckekzeme)              | seit: |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden                    | seit: |
| <input type="checkbox"/> häufige fieberhafte Erkältungskrankheiten | seit: |

**Leidet oder litt ein Verwandter an Atemwegs- oder Hautbeschwerden?**

nein, nicht bekannt

ja, ich weiß von folgender Erkrankung bei dem angegebenen Verwandten:

- |   |                   |              |                |
|---|-------------------|--------------|----------------|
|   | Asthma/Bronchitis | Heuschnupfen | Hauterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Vater            |                   |              |                |
| <input type="checkbox"/> Mutter           |                   |              |                |
| <input type="checkbox"/> Bruder           |                   |              |                |
| <input type="checkbox"/> Schwester        |                   |              |                |
| <input type="checkbox"/> andere Verwandte |                   |              |                |

**Wann war Ihr Einzug in die jetzige Wohnung? Jahr \_\_\_\_\_**

**Wann treten die Hauptbeschwerden auf?**

- die Beschwerden sind als Dauerbeschwerden während des ganzen Jahres vorhanden  
 die Beschwerden treten in unregelmäßigen Abständen während des ganzen Jahres auf:  
 1-4 x pro Jahr       5 – 10 x pro Jahr       häufiger als 10 x im Jahr

**In welchen Monaten treten regelmäßig Beschwerden auf / wann am schlimmsten?**

- Januar     Februar     März     April     Mai     Juni     Juli  
 August     September     Oktober     November     Dezember

**Treten die Beschwerden vorwiegend zu einer bestimmten Tageszeit auf?**

- wann:  
 nein, die Beschwerden sind ständig vorhanden

**Treten die Beschwerden vorwiegend an bestimmten Orten auf?**

- nein, die Beschwerden sind ortsunabhängig  
 ja, besonders starke Beschwerden treten an folgenden Orten auf:

---

**Bestehen (oder bestanden früher) Kontakte zu Tieren, z. B. in der Wohnung, bei Verwandten, bei Freunden? Wurden früher Tiere in der Wohnung gehalten?**

- nein, Tierkontakt besteht weder heute noch in früheren Jahren  
 ja, zu folgenden Tieren bestehen oder bestanden Kontakte / welches Jahr: \_\_\_\_\_  
 Hund     Katze     Pferd     Meerschwein     Maus/Ratte     Kaninchen  
 Wellensittich     Kanarienvogel     Aquarium     sonstige Tiere:

**Sind bei Tierkontakten Beschwerden aufgetreten?**

- nein,     ja

**Bestehen bei Nahrungsmitteln Abneigung (A) oder Unverträglichkeit (U)?**

**Bitte A oder U ankreuzen!**

- nein, ist nicht aufgefallen

ja, ich habe eine Abneigung oder Unverträglichkeit beobachtet bei:

- |   |     |  |     |
|---|-----|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Fisch                | A/U | <input type="checkbox"/> Hasel-/Walnuß   | A/U |
| <input type="checkbox"/> Muscheln/Krabben     | A/U | <input type="checkbox"/> Sellerie        | A/U |
| <input type="checkbox"/> Ei                   | A/U | <input type="checkbox"/> Kräuter/Gewürze | A/U |
| <input type="checkbox"/> Milch                | A/U | <input type="checkbox"/> Kiwi            | A/U |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte          | A/U | <input type="checkbox"/> Apfel           | A/U |
| <input type="checkbox"/> Pfirsich             | A/U | <input type="checkbox"/> Kartoffeln      | A/U |
| <input type="checkbox"/> Erbsen / Bohnen      | A/U | <input type="checkbox"/> Soja            | A/U |
| <input type="checkbox"/> Zitronen /Apfelsinen | A/U | <input type="checkbox"/> anderes:_____   |     |

**Welche Beschwerden werden durch Nahrungsmittel ausgelöst?**

---

**Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente?**

---

**Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche (Biene/Wespe)?**

- ja       nein  
Reaktionen:     starke Schwellung (mehr als 5 cm)       Atemnot     Schwächeanfall  
 Hautquaddeln am ganzen Körper

**Ist bereits ein Allergietest durchgeführt worden?**

- nein  
 ja, Jahr \_\_\_\_\_ , bei welchem Arzt/Klinik? \_\_\_\_\_

O bei der Testung fanden sich keine Hinweise für eine Allergie  
O folgende Allergien wurden festgestellt: \_\_\_\_\_

---

**Ist eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden?**

O welche? wogegen? \_\_\_\_\_  
O wann? \_\_\_\_\_

**Wurden schon bestimmte Dinge abgeschafft? Erfolgte schon eine Wohnungssanierung?**

O welche? \_\_\_\_\_

**Sind bereits Operationen durchgeführt worden?**

O nein

O ja: O Nasenpolypen – OP

O Rachenmandel/Adenotomie

O Paukenröhrchen - OP

O sonstige:

**Welche Behandlungen sind bisher erfolgt?**

---

---

---

**Wird im Haushalt geraucht?**

O ja            O nein

**Schnarcht Ihr Kind?**

O ja, seit:            O nein

**Welche Medikamente werden oder wurden zuletzt eingenommen/angewendet? Bitte alle angeben**

O keine Medikamente

O folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

O folgende Inhalation: \_\_\_\_\_

**Bestand in Ihrer Familie Tuberkulosekontakt? Ist ein Familienmitglied in einem osteuropäischen Land geboren oder hielt sich in den letzten 2 Jahren längere Zeit dort auf?**    O ja            O nein

**Haben Sie Kontakt zu Risikopersonen? ( Asylantenheim, Pflegeheim, HIV-Infektionen)**

O ja            O nein

**Ist bei Ihrem Kind die Lunge geröntgt worden?**

O ja    Jahr: \_\_\_\_\_            O nein

**Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?**

O \_\_\_\_\_ Monate

**Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Bitte Adresse angeben**

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**